FACULTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX

ANNÉE 1894-1895 N° 90.

DE LA PATHOGÉNIE DES KYSTES DU VAGIN

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 19 JUILLET 1895

PAR

Jean-Baptiste Ernest NOUVEL

Né à Monpegroux (Dordogne), le 9 Avril 1869.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. LANELONGUE,	professeur,	*président.*
BOURSIER,	professeur,	*juges.*
POUSSON,	agrégé,	
VILLAR,	agrégé,	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

BORDEAUX
Imprimerie A. ARNAUD
34, rue Sainte-Colombe, 34
—
1895

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX

ANNÉE 1894-1895 N° 90.

DE LA PATHOGÉNIE DES KYSTES DU VAGIN

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 19 JUILLET 1895

PAR

Jean-Baptiste Ernest NOUVEL

Né à Monpeyroux (Dordogne), le 9 Avril 1869.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. LANELONGUE,	professeur,	*président.*
BOURSIER,	professeur,	*juges.*
POUSSON,	agrégé,	
VILLAR,	agrégé,	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

BORDEAUX
Imprimerie A. ARNAUD
34, rue Sainte-Colombe, 34
—
1895

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. PITRES..... Doyen.

PROFESSEURS :

MM. MICE..... } Professeurs honoraires.
AZAM..... }

Clinique médicale	MM. PICOT. PITRES.
Clinique chirurgicale	DEMONS. LANELONGUE.
Pathologie interne	DUPUY.
Pathologie et thérapeutique générales	VERGELY.
Thérapeutique	ARNOZAN.
Médecine opératoire	MASSE.
Clinique obstétricale	MOUSSOUS.
Anatomie pathologique	COYNE.
Anatomie	BOUCHARD.
Histologie et Anatomie générale	VIAULT.
Physiologie	JOLYET.
Hygiène	LAYET.
Médecine légale	MORACHE.
Physique	BERGONIÉ.
Chimie	BLAREZ.
Histoire naturelle	GUILLAUD.
Pharmacie	FIGUIER.
Matière médicale	De NABIAS.
Médecine expérimentale	FERRÉ.
Clinique ophtalmologique	BADAL.
Clinique des maladies chirurgicales des enfants	PIÉCHAUD.
Clinique gynécologique	BOURSIER.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

SECTION DE MÉDECINE

Pathologie interne et Médecine légale	MOUSSOUS. DUBREUILH. MESNARD. CASSAËT AUCHÉ.

SECTION DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS

Pathologie externe	POUSSON. DENUCE. VILLAR.
Accouchements	RIVIÈRE. CHAMBRELENT.

SECTION DES SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES

Anatomie et Physiologie..... MM. PRINCETEAU. N. — Histoire naturelle. N.

SECTION DES SCIENCES PHYSIQUES

Physique	MM. SIGALAS.
Chimie et Toxicologie	DENIGES.
Pharmacie	BARTHE.

COURS COMPLÉMENTAIRES

Clin. interne des enfants	MM. A. MOUSSOUS.	Maladies mentales...	MM. RÉGIS.
Clin. des mal. syphil. et cutan.....	DUBREUILH.	Pathologie externe...	DENUCE.
Clin. des mal. des voies urin.....	POUSSON.	Accouchements	RIVIÈRE.
Mal. du larynx, des oreilles et du nez.	MOURE.	Chimie	DENIGÈS.
		Zoologie.....	BEILLE.

Le Secrétaire de la Faculté, LEMAIRE.

« Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les » Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs » et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation. »

A MON PERE ET A MA MERE

Reconnaissance profonde.

A MA SŒUR ET A MON FRÈRE

Sincère amitié.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ ET DES HOPITAUX

A M. Le Docteur A. BOURSIER

Professeur de Clinique Gynécologique à la Faculté de Médecine
Chirurgien des Hôpitaux.

A M. Le Docteur CASSAET

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine
Médecin des Hôpitaux.

A M. Le Docteur VILLAR

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine
Chirurgien des Hôpitaux.

A mon Président de Thèse,

MONSIEUR LE DOCTEUR LANELONGUE

Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine,
Membre de l'Académie de Bordeaux,
Membre-Correspondant de l'Académie de Médecine,
Officier d'Instruction Publique
Chevalier de la Légion d'Honneur.

DE LA PATHOGÉNIE

DES

KYSTES DU VAGIN

INTRODUCTION

Les kystes du vagin signalés seulement en 1831, c'est-à-dire il y a 64 ans, ont une pathogénie qui a été diversement interprétée; sept théories sont en présence pour expliquer leur point de départ. Les cas observés étant relativement rares (250 à 300) l'examen histologique des parois kystiques ayant été fait seulement 52 fois (Poupinel), il n'y a rien d'étonnant que les auteurs aient été peu fixés et se soient trouvés en contradiction.

Au mois de Novembre dernier, M. le professeur agrégé Villar eut l'occasion d'opérer un kyste vaginal; l'examen histologique des parois démontra que l'on avait affaire à un kyste dermoïde.

Autant que nous sachions, la présence d'une tumeur de cette nature dans cette région n'a jamais été signalée, aussi, en possession d'un cas si intéressant, M. Villar, à qui nous demandâmes un sujet pour notre thèse inaugurale, nous offrit de traiter «de la pathogénie des kystes du vagin».

Malgré toutes les difficultés que présentait la question, nous avons accepté, et, après de nombreuses recherches bibliographiques, dans lesquelles nous avons recueilli plusieurs observations,

nous avons essayé d'éclaircir la pathogénie si obscure, si controversée des kystes vaginaux. Puissions-nous avoir réalisé le vœu émis par M. Michaux en 1893 dans le Traité de Chirurgie : « Nous pensons qu'il faudra, un jour prochain, rattacher presque » tous les kystes du vagin à la théorie qui leur donne une origine » embryogénique ». Nous ne disons pas presque tous, nous osons dire tous.

Mais avant d'entrer dans le développement du sujet, qu'il nous soit permis d'adresser ici un hommage public à ceux de nos maîtres de la Faculté et des Hôpitaux pour l'attention qu'ils nous ont toujours portée.

Toute notre reconnaissance est acquise à M. le professeur agrégé Cassaët pour l'intérêt et la bienveillance qu'il nous a toujours témoigné pendant le cours de nos études médicales.

M. le professeur Boursier voudra nous permettre de lui adresser nos remerciements pour la bonté qu'il a eue de nous autoriser à publier ici le résumé d'une de ses cliniques faites à l'hôpital St-André en 1886 et dans laquelle nous avons trouvé de précieux renseignements.

Que M. le professeur agrégé Villar, à qui nous sommes redevable de l'idée première de ce travail, et qui a toujours été pour nous un guide dont les conseils éclairés nous ont facilité notre tâche, veuille accepter nos sincères remerciements.

Enfin, que M. le professeur Lanelongue reçoive l'expression de notre gratitude et de notre très vive reconnaissance, non-seulement pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse, mais encore pour les excellents enseignements que nous avons puisés pendant l'année passée dans son service et à ses savantes leçons de clinique chirurgicale.

DIVISION DU SUJET

Dans un premier chapitre nous ferons l'historique du sujet.

Certains points d'anatomie normale du vagin, particulièrement la structure de sa muqueuse, ont été discutés et jusqu'à ces derniers temps on n'a pas été exactement fixé sur sa constitution histologique; nous sommes donc obligé d'étudier cette question où nous croyons trouver des arguments en faveur de notre opinion sur l'origine des kystes du vagin. Ce sera l'objet du second chapitre.

Le troisième comprendra l'embryologie des organes génitaux de la femme, et pour expliquer certains détails que nous fournit l'embryologie, nous prendrons à l'anatomie comparée dans ce qu'elle a de plus récent des éléments qui viendront, eux aussi, à l'appui de notre thèse.

Dans le quatrième chapitre, nous ferons l'anatomie pathologique des kystes du vagin, et dans le cinquième, leur étiologie.

La discussion de toutes les théories émises avant nous, la pathogénie de l'affection telle que nous la croyons vraie, feront l'objet du sixième chapitre.

Enfin les septième, huitième et neuvième, comporteront respectivement les symptômes et la marche, le diagnostic et le pronostic, le traitement de la maladie.

Viendront ensuite les observations et les conclusions.

Nous ferons remarquer que le chapitre de la pathogénie est pour nous le plus important, ceux qui suivront seront courts.

Chapitre Ier

Historique.

Ce n'est que de 1831 que date la première observation de kystes du vagin, elle est due à l'Ecossais Oaking Heming qui assigne à cette maladie une origine folliculaire.

En 1834 et 1836, Lisfranc, Dieffenbach, Bérard jeune, Sanson en observent trois cas et John Lewer en cite un cas pour la difficulté qu'il a occasionnée au moment de l'accouchement.

Jusqu'ici l'étude des kystes du vagin n'était pour ainsi dire qu'ébauchée, lorsque parut en 1847 l'important mémoire d'Huguier qui pendant longtemps fit autorité sur la question.

Ce chirurgien, s'appuyant sur une fausse donnée anatomique, fit venir ces tumeurs, qu'il divisait en superficielles et profondes, de glandes placées dans la paroi vaginale. Les kystes superficiels se développaient aux dépens de follicules clos contenus dans la muqueuse; les kystes profonds tiraient leur origine de follicules plus grands, en un mot de glandes, contenues dans la tunique cellulo-musculaire du vagin.

Cette affection semble peu préoccuper les cliniciens, ni les gynécologistes de 1847 à 1870 et ce ne sont que de courts passages dans leurs traités ou articles que leur consacrent Ladreyt de la Charrière (1858), Vidal de Cassis, A. Guérin (1864), Scanzoni, Becquerel, etc.

Il faut arriver jusqu'en 1870, époque à laquelle Eustache (de Lille) publie une observation avec quelques commentaires dont il développera plus tard les idées fondamentales.

En 1871, Winckel rassemble cinquante cas dont l'examen histologique n'a pas toujours été fait, sa théorie est d'ailleurs à peu près la même que celle de ses prédécesseurs.

Von Preuschen qui a vu et dessiné des glandes du vagin, affirme que la théorie glandulaire présente de sérieuses garanties. « Il y a, dit-il, dans ces glandes, deux portions bien distinctes : » une superficielle, sorte de canal extérieur tapissé d'épithélium » pavimenteux, l'autre profonde, revêtue de cellules cylindriques ; » les kystes à épithélium pavimenteux ont donc leur origine » dans la portion superficielle de ces glandes, les kystes à épi- » thélium cylindrique viennent de la portion profonde ».

Kaltenbach explique la pathogénie de cette affection par des accumulations cellulaires dans le tissu conjonctif périvaginal et donnant lieu à la formation de cavités kystiques dont l'épithélium rappelle celui des kystes muco-dermoïdes de l'ovaire.

Eustache (de Lille) reprend la question, et, en 1878, réfute point par point la théorie d'Huguier. Il conclut : « Cette théorie » est fausse, puisqu'il est bien démontré que le vagin ne contient » pas de glandes à partir de 1/2 centimètre au-dessus des » nymphes ».

« Ce sont des tumeurs de nature irritative, professionnelle, ce » sont des hygromas ».

Froment, dans sa thèse de Paris (1879), n'est pas satisfait des explications fournies antérieurement et bâtit une théorie nouvelle : « Les replis de la muqueuse vaginale augmentent de nombre et » de profondeur à mesure que la femme avance en âge ; ces replis » tendant à s'oblitérer. Un traumatisme, une irritation de n'im- » porte quelle nature peuvent faire enflammer la muqueuse, le » repli se ferme et voilà notre poche : le liquide sécrété par la » muqueuse elle-même s'y accumule et la cavité kystique s'agran- » dit peu à peu ».

Très ingénieuse est l'idée de Froment, mais il compte sans

l'anatomie pathologique qui nous montre que les parois de ces kystes ne sont nullement analogues comme constitution à la paroi vaginale.

De Sinéty fait d'immenses réserves et ne se prononce pas entre toutes les théories émises au point de vue pathogénique.

En 1881, l'américain Watts dit dans un article très intéressant: « Les kystes du vagin peuvent être dûs aux vestiges des canaux » de Gærtner, qui ne sont autre chose que les conduits de Wolff, » organes que l'on trouve au début de la vie embryonnaire. Ces » conduits sont les analogues des canaux déférents ; mais les » canaux déférents ont un épithélium cylindrique et le kyste » un épithélium stratifié. Rappelons-nous cependant en première » ligne que nous ne savons pas comment est l'épithélium de » canal de Gærtner, en second lieu, que, dans le cas actuel, nous » avons seulement affaire à la paroi vaginale du kyste. » Nous reviendrons plus loin sur ce dernier passage.

Watts néanmoins n'admet pas cette seule origine et il ajoute : « Ces kystes sont quelquefois dermoïdes, quelques-uns n'appar- » tiennent pas seulement au vagin, mais partent ou du tissu » conjonctif périvaginal, et sont des espèces d'hygromas, ou bien » des glandes peri-uréthrales ».

La même année, Collardot conclut dans sa thèse de Paris : « Il » est difficile de prendre nettement parti pour une seule de ces » opinions si différentes ; l'exposé des faits montre qu'il est pro- » bable que dans le plus grand nombre de cas il s'agit réellement » d'une bourse séreuse accidentelle, sans qu'il soit permis de » nier complètement dans certains autres l'influence des causes » invoquées. »

La théorie d'Eustache revient donc et nous allons la voir reprise et fermement soutenue par M. Tillaux quatre ans plus tard.

L'allemand Veit écrivait en 1882 : « Certains kystes du vagin

» pourraient bien avoir leur origine dans les restes de tissu em-
» bryonnaire connu, comme les conduits de Gærtner. »

Mais toujours à Veit comme à ses partisans, Graefe, Héger, Schultze, l'examen microscopique a manqué ou a donné des renseignements insuffisants pour affirmer la persistance des canaux de Gærtner et par suite assigner une origine congénitale aux kystes du vagin.

M. Tillaux, par la voix de son élève Thallinger, analysant le travail de Watts, ne veut pas conclure de l'existence d'un cas à plusieurs, il n'a pas confiance dans cette théorie basée sur un seul fait et préfère se rattacher à l'opinion d'Eustache (de Lille): « Je suis pour mon compte disposé à placer leur point de départ
» dans un ancien thrombus du vagin, d'autant plus qu'ils datent
» le plus souvent d'un accouchement antérieur. »

Thallinger n'est pas heureux puisqu'il ne cite qu'une observation à l'appui de sa thèse et la femme en question n'avait jamais fait d'accouchement.

Schroder (1886) veut bien admettre l'origine congénitale : « Il
» n'est guère douteux, dit-il, que les canaux de Gærtner puissent
» dégénérer en kystes vaginaux », mais il n'a pas encore de preuve convaincante et il le regrette.

Vers la même époque, M. le Professeur A. Boursier rapporte à cette origine le cas d'une malade au sujet de laquelle il fit une clinique à l'hôpital St-André de Bordeaux.

L'opinion de Watts a séduit M. Boursier parce que les deux cas étaient analogues : prolongement de la cavité en haut, en arrière, le long de l'urèthre jusqu'au niveau des parties latérale et inférieure de la vessie; en outre, l'examen des parois kystiques a donné les mêmes résultats.

On trouve d'ailleurs avec les autres observations celle de M. Boursier, telle qu'il a bien voulu nous la communiquer.

Lannelongue et Achard donnent sans commentaires un cas de

kyste congénital observé et opéré chez une petite fille de un mois et demi. Nous reproduisons ici le dessin de cette tumeur pris dans leur *Traité des kystes congénitaux.*

Un peu plus tard, Johnston, discutant les diverses opinions émises jusqu'à lui, s'arrête longuement sur la théorie de Watts et de Veit qui le captive, mais même pour le cas dont nous donnons l'observation, il n'ose se prononcer catégoriquement.

Jacobs, de Bruxelles, publie en 1888 un article dans les *Archives de physiologie* et assigne aux kystes du vagin une origine vasculaire.

« En parcourant la littérature qui traite du sujet qui nous oc-
» cupe, dit-il, on est frappé du fait que *tous les cas* de kystes du
» vagin se sont rencontrés chez des femmes enceintes ou dans
» l'état puerpéral, ou bien chez des sujets atteintes d'affections
» cardiaques ou vasculaires. »

Et à l'appui ce qu'il avance, Jacobs cite les cas observés par Braun, Winckel, Kalbentack, Schroder, Smolling, Nacke, Chenevière, Breisky, Zweifel, Eppinger, Ruge, Lebedeff, Hückel, Lambl, Chiari, Takahasi, mais seulement chez les femmes enceintes ou atteintes de maladies cardio-vasculaires.

Les autres cas lui sont-ils passés inaperçus, ou est-ce à dessein que Jacobs ne les cite pas, afin de mieux argumenter en faveur de sa thèse ? Nous penchons pour cette dernière opinion, d'autant plus qu'il attribue à certains auteurs, entre autres à Schroder, une idée que ce dernier n'a jamais eue, que ces kystes tirent leur origine de follicules : nous avons vu ce que Schroder en pensait. Nous exposerons dans un autre chapitre le théorie de Jacobs et nous la réfuterons.

En 1889, Poupinel faisait paraître dans la *Revue de Chirurgie* un mémoire remarquable dont on retrouvera quelques passages dans le courant de notre travail.

Disons dès maintenant qu'il conclut à la possibilité de glandes

d'où émaneraient les kystes, glandes aussi rares que les kystes eux-mêmes, et dans quelques cas, rares également, les kystes auraient pour siège des organes de la vie fœtale imparfaitement atrophiés (canal de Gaertner, canal de Muller), et pour ce dernier cas une observation que nous reproduisons résumée.

Quelques jours après le travail de Poupinel, Combes soutenait dans sa thèse l'idée que tous les kystes du vagin sont congénitaux, mais il ne pose rien de certain en ce qui concerne les kystes superficiels.

Pozzi est partisan de l'origine wolffienne « les autres prove-» nances sont hypothétiques et basées sur des analogies loin-» taines ».

Les deux derniers travaux critiques faits sur la question sont les thèses de Santoni à Paris et de Villebrun à Montpellier, soutenues : la première le 21, la seconde le 30 juillet 1890.

Santoni admet deux origines : une embryonnaire, rare ; l'autre irritative, théorie de l'hygroma.

Villebrun fait la part à chacune des théories de l'hygroma, glandulaire et congénitale.

Enfin, le 7 avril 1895, M. le Professeur agrégé Villar publiait l'observation de kyste dermoïde que nous donnons plus loin et il pense qu'il faudrait donner à la plupart des kystes du vagin une origine congénitale.

Chapitre II

Anatomie et histologie du vagin

Le vagin, conduit musculo-membraneux, s'étend de la vulve à l'utérus ; il est situé dans l'excavation du bassin, en avant du rectum, en arrière de la vessie et de l'urèthre ; il se dirige obliquement de bas en haut et d'avant en arrière.

Il se compose de deux faces, deux bords et deux extrémités.

La face antérieure est en rapport : en haut, avec le bas-fond de la vessie dont il est séparé par une mince couche de tissu conjonctif ; plus bas, avec le canal de l'urèthre qui, entouré d'une gaine musculaire, échange avec lui des fibres qui se croisent entre les deux organes.

La face postérieure est en rapport : en haut avec le péritoine sur une étendue de douze à quinze millimètres ; plus bas avec le rectum dont il est séparé par un tissu conjonctif assez dense constituant la cloison recto-vaginale.

Ce que les anatomistes appellent les bords du vagin n'est autre chose que la continuation des faces antérieure et postérieure, nous n'en ferons donc pas une description à part.

L'extrémité supérieure de l'organe embrasse le col de l'utérus et le continue par ses fibres musculaires lisses.

L'extrémité inférieure se continue avec la circonférence postérieure de la vulve.

La surface interne du vagin est plus ou moins ridée suivant les sujets ; il en est chez lesquelles elle donne au toucher la sensation

d'une râpe; les plis sont plus prononcés chez les vierges que chez les femmes qui ont eu des enfants.

Au point de vue histologique, les parois du vagin sont constituées par :

1° Une tunique cellulo-fibreuse, mince, très adhérente au tissu sous-jacent, composée de tissu conjonctif et de fibres élastiques ;

2° Une musculaire très épaisse à fibres longitudinales et circulaires lisses ;

3° Une muqueuse sur laquelle nous allons plus particulièrement insister.

Elle a environ un millimètre d'épaisseur et s'étend de la vulve à l'orifice externe du col dont elle continue la muqueuse. Elle présente une série de rides transversales que nous avons déjà signalées et qui sont d'autant moins prononcées qu'on s'approche de l'utérus. L'épithélium de la muqueuse vaginale est un épithélium pavimenteux stratifié au-dessous duquel on observe des papilles analogues à celles de l'utérus.

Cette muqueuse contient-elle des glandes ? C'est là un point très discuté et d'une grande importance au point de vue de la pathogénie de l'affection qui nous occupe.

Admises par Haschke, P. Dubois, Jarjavay, Jamain, Huguier, Ladreit, Von Preuschen, Lebedeff, ces glandes sont au contraire niées par Kolliker, Ruge, Scanzoni, Sappey, Cruveilhier (qui d'abord avait cru à leur existence), Robin, Pouchet, Courty, Testut.

Von Preuschen, dont le travail est le plus sérieux et qui porte sur trente-six muqueuses vaginales, a constaté que dans six cas il existait des glandes analogues aux glandes sébacées de la vulve.

Mais Von Preuschen ne nous dit pas où étaient situées ces glandes, et si elles se trouvaient près de l'orifice vulvaire, pour-

quoi ne seraient-elles pas issues de la muqueuse vaginale dont la structure à ce niveau est sensiblement la même que celle de la muqueuse vulvaire?

D'ailleurs, et à l'appui de ce que nous avançons, Cruveilhier et Testut, dans leurs anatomies, nous disent :

« Il n'existe point de glandules dans la muqueuse vaginale. » Exceptionnellement on y trouve, suivant Henle, des follicules » clos analogues aux follicules solitaires de l'intestin, parti- » culièrement dans sa portion supérieure et sur le col utérin. » (Cruveilhier).

Plus récemment (vingt ans après Cruveilhier), Testut fait remarquer que : « la muqueuse vaginale est totalement dépour- » vue de glandes..... Dans certains cas, cependant (Henle) on a » rencontré de véritables glandes aux deux extrémités de cette » muqueuse : en haut, sur la muqueuse des culs-de-sac, en bas, » sur celle qui avoisine l'orifice vulvaire. Ces formations glan- » dulaires sont entièrement anormales. Elles doivent être consi- » dérées, sur la muqueuse des culs-de-sacs, comme des glandes » erratiques de la muqueuse du col de l'utérus, de même que les » glandes rétro-vulvaires ne sont vraisemblablement que de sim- » ples lobules de la glande de Bartholin, qui se sont isolées de » cette glande pour s'ouvrir par des canaux excréteurs distincts » dans la portion inférieure du vagin. »

Poupinel, dans son mémoire publié en 1889 dans la *Revue de chirurgie*, prend un parti éclectique et admet l'existence de glandes quoique cela lui paraisse anormal : « Il nous semblerait erroné » de s'attacher systématiquement à l'une ou l'autre des opinions » adverses, c'est nous déclarer partisan d'une opinion moyenne. » Les recherches de von Preuschen, notamment, n'ont pu montrer » l'existence de glandes dans tous les cas. Mais dans tous les cas » où il a rencontré des glandes, il a aussi observé des kystes. » Aussi croyons-nous être en droit d'admettre, contrairement aux

» auteurs classiques, mais comme un fait exceptionnel, l'existence » possible de glandes dans le vagin. »

Mais si Von Preuschen a trouvé des kystes là où il y avait des glandes, pourquoi ces parois kystiques n'avaient-elles pas la même structure histologique (épithélium pavimenteux stratifié dans un cas et cylindrique simple dans les autres) que les parois glandulaires (épithélium cylindrique à cils vibratiles) ? Très probablement les kystes n'étaient pas formés aux dépens de ces glandes.

Sans vouloir faire loi, nous sommes absolument catégorique et nous nous rangeons entièrement à l'avis des anatomistes ne voyant dans ces glandules que des anomalies et des dépendances des glandes ou du col utérin ou de la vulve.

Nous tâcherons plus loin de justifier cette assertion qui est toute en faveur de notre thèse.

Chapitre III

Embryologie et anatomie comparée.

« Chez la femelle, dit Viault dans sa thèse d'agrégation, les » canaux de Muller donnent naissance aux trompes, à l'utérus et » au vagin. A leur portion inférieure, pelvienne, ils sont contenus » avec les canaux de Wolff dans le cordon génital : accolés l'un » à l'autre, ils occupent exactement le milieu de cet organe, les » canaux de Wolff écartés l'un de l'autre marchent isolément de » chaque côté..... Ces canaux de Muller disparaissent normale- » ment chez l'homme ; il est cependant deux observations (Petit » et Franqué) où on les a vu persister et donner naissance au lieu » d'utricule prostatique à un véritable utérus comparable par » sa forme à la matrice de la femme. De même chez cette der- » nière le canal de Wolff disparaît complètement sans laisser le » plus souvent aucune trace, sans en laisser d'autres, chez 99 °/₀ » femelles de mammifères que des cordons ou des canaux sans » usage appelés canaux de Gærtner. »

Nous allons voir que la présence des canaux de Gærtner a été observée non-seulement chez les animaux mais encore chez la femme.

« Ces canaux, dit Chevau, sont situés de chaque côté du vagin » chez la vache, la truie, le renard femelle, la chatte, la brebis et » la jument : ce sont des conduits muqueux s'ouvrant dans la » vulve, près du méat urinaire et s'étendant en haut dans les par-

» ties latérales du vagin jusqu'à six ou huit centimètres au-des-
» sus de l'os utérin. »

Dans leurs portions utérine inférieure et vaginale, ces conduits présentent des diverticules latéraux glanduliformes qui peuvent s'étendre de la paroi antérieure du vagin à la paroi postérieure.

Un auteur allemand a signalé le cas d'une vache présentant un prolongement d'un canal de Gærtner sur la paroi postérieure du vagin.

Fischel a, le premier, constaté l'existence de rudiments du corps de Wolff dans la paroi vaginale d'une fille nouveau-née.

Le second travail, fait d'ailleurs dans la même année, est de Rieder. Cet auteur a observé les organes génitaux de 40 types féminins, depuis un embryon de 13 centimètres jusqu'à une femme de 67 ans.

« Les canaux de Gærtner existent dans le tiers des cas ; ils se
» présentent avec : 1· Un tube épithélial entouré d'un muscle (un
» cinquième des cas) ; 2· Un faisceau musculaire sans épithé-
» lium (un sixième). »

« On les trouve plus souvent à droite qu'à gauche ; d'abord,
» ils reposent sur le segment inférieur du corps de l'utérus. Au
» point de jonction du corps et du col, ils pénètrent la muscula-
» lature de cet organe, reposant à côté et pour ainsi dire en
» face la lumière de l'utérus de laquelle ils s'approchent dans la
» portion la plus basse du col. Ils quittent brusquement le voisi-
» nage du canal cervical à leur passage dans le vagin. Ici, ils
» reposent dans la partie antéro-latérale de la tunique musculaire,
» d'abord assez près de la muqueuse, mais plus bas dans le milieu
» même de la musculaire, repoussés en quelque sorte par la
» muqueuse et cependant éloignés de l'urèthre. A partir de la
» moitié inférieure de l'urèthre il n'est plus possible de les suivre
» ni de leur trouver une ouverture terminale. Leur atrophie

» et leur disparition sont dues à leur diminution pendant le » développement considérable du septum uréthro-vaginal. »

« La forme de ces canaux dans le vagin apparaît comme de » simples crevasses ou fentes dans la paroi, avec, çà et là, quel- » ques dentelures ou échancrures. A mesure qu'on descend, ces » interruptions deviennent plus fréquentes, les canaux deviennent » plus étroits, perdent leur lumière et ont finalement l'aspect de » simples raies ou bandes épithéliales. »

« Ces canaux présentent une double couche de cellules cylin- » driques de moyenne hauteur et sans cils vibratiles. L'épithé- » lium s'appuie librement sur le tissu conjonctif qui l'entoure, et » duquel on le trouve fréquemment séparé soit en groupes ré- » guliers de cellules, soit comme un simple tube conjonctif. »

« Ces canaux ont encore une muqueuse et une enveloppe mus- » culaire composée de trois couches, dont deux, l'interne et l'ex- » terne, formées de fibres longitudinales, la moyenne de fibres » circulaires. Cette dernière tunique musculaire est peu déve- » loppée dans la portion vaginale du canal. »

On nous excusera d'avoir cité tout au long ce travail de Rieder, mais avec ces données précises nous pouvons asseoir plus solidement notre théorie.

Nous terminerons l'embryologie en citant ce passage de Debierre : « Tapissés par un épithélium cylindrique, ces canaux de » Gærtner possèdent une tunique fibro-musculaire péri-épithé- » liale. Dans certains cas on ne retrouve pas cette couche mus- » culaire, mais ce qu'on remarque constamment, c'est qu'ils pré- » sentent sur leur parcours des étranglements et parfois même » des interruptions, ce qui les a fait ressembler à un chapelet » étendu dans la paroi vaginale. Il n'est pas douteux que c'est à » ces restes kystiformes du canal de Wolff que l'on doive attri- » buer nombre de kystes développés dans les parois du vagin ou » de l'utérus. »

Notre excellent camarade et ami M. Fieux, interne des hôpitaux, a bien voulu nous communiquer l'observation suivante relative à la persistance des canaux de Gærtner, remarquée chez une femme accouchée à la maternité de Pellegrin.

Jeanne D..., 22 ans, primipare, entre le 25 avril 1894, elle est enceinte de 7 mois et demi.

Au toucher le doigt rencontre, dans l'exploration du col utérin, ce col avec son orifice externe reporté en arrière et à gauche. Les culs-de-sac antérieur et latéraux (ces derniers dans leurs deux tiers antérieurs) ne présentent rien d'anormal; mais dans leur tiers postérieur on rencontre sur chacun d'eux deux orifices, le droit un peu plus élevé que celui du côté opposé. Leur diamètre est sensiblement égal à celui d'une lentille, plutôt plus petit que plus grand. Ils sont situés tous deux en arrière de l'ouverture externe du col, par conséquent sur la paroi postérieure du cul-de-sac correspondant. Leur lumière est absolument libre et n'offre rien de pathologique, il semble que l'on ait affaire à quelque chose de normal.

Le 15 juin, pendant tout le temps qu'a duré le travail (26 h.), ces conduits n'ont subi aucune modification, pas plus qu'au moment de l'introduction du ballon de Champetier de Ribes, nécessitée par un état de rigidité spasmodique du col. L'accouchement est fait au forceps.

Examinée 10 jours après son accouchement, la femme, qui a eu des suites de couches normales, présente toujours dans son cul-de-sac postérieur ces deux orifices. Un cathétérisme au stylet est pratiqué.

Le conduit de droite file le long de l'utérus sur une longueur d'environ 3 centimètres, dans une direction oblique d'arrière en avant et de bas en haut; celui de gauche de même, mais n'a à peu près que 2 centimètres de longueur. C'est bien là un cas de

persistance des canaux de Gærtner qui se sont ouverts dans le vagin en contournant l'utérus, au lieu de suivre, comme dans la plupart des cas, la paroi antérieure de cet organe pour se diriger vers le clitoris.

Chapitre IV

Anatomie pathologique.

Huguier et la plupart des auteurs qui se sont occupés des kystes du vagin, les ont divisés en superficiels et profonds. Rien de plus naturel, puisque ces auteurs admettaient l'existence de glandes superficielles et profondes ; mais on ne s'explique pas très bien pourquoi Froment et Thallinger, pour ne citer que ces deux partisans ou de séreuse accidentelle ou d'hygroma, pourquoi, dis-je, ils admettent cette division : on ne s'explique pas très bien en effet qu'un traumatisme quelconque de la muqueuse vaginale puisse déterminer la production d'une tumeur qui deviendra pédiculée en ayant un prolongement jusque dans la cavité abdominale. Pour notre part, nous admettons l'existence de ces deux variétés de kystes, mais on verra dans la pathogénie sur quoi nous nous basons.

Le volume de ces kystes est très variable ; il en est qui, pendant des années entières, ne sont pas devenus plus gros qu'un pois ou une cerise, d'autres qui, en peu de temps, ont atteint le volume d'un œuf de poule. Poupinel, dans son mémoire, les classe en trois sections : sur 114 cas il y en avait 43 de la grosseur d'un pois, 34 de celle d'un œuf de pigeon, enfin 37 comme un œuf de poule : la proportion est à peu près la même pour tous.

Le plus souvent ils sont solitaires (100 fois sur 128, Poupinel). Quelquefois, le même peut en contenir de petits, d'où multilocularité possible.

Leur siège ne peut être facilement précisé, cependant on peut dire qu'ils se trouvent plus souvent sur les parois antérieure et postérieure (40 °/₀) que sur les parois latérales (14 °/₀) et plus souvent à droite qu'à gauche. Les chiffres que nous donnons sont ceux fournis par Poupinel.

La situation sur la paroi antérieure a été observée le plus souvent à l'union des deux tiers supérieurs avec le tiers inférieur; pour la paroi postérieure, c'est le tiers moyen qui en donne le plus.

Poupinel a pu trouver 52 cas dans lesquels on avait fait l'examen histologique de la paroi kystique.

On a toujours rencontré la muqueuse vaginale à peu près intacte à la partie tout-à-fait externe. Nous ne la décrirons pas.

Une couche de tissu conjonctif mince, mais très adhérente à la muqueuse qui l'entoure.

Des fibres musculaires lisses, quelquefois sur trois couches, la couche moyenne étant circulaire; d'autres fois sur deux couches : une longitudinale, l'autre circulaire, cette dernière interne; d'autres fois une seule couche de fibres musculaires; d'autres fois enfin pas du tout.

Une seconde couche de tissu conjonctif dense.

En tous les points de la paroi se trouvent des vaisseaux en nombre assez considérable; vaisseaux dont quelques-uns ont une paroi propre, mais tous sont dilatés, gorgés de sang, avec, à leur pourtour, une infiltration embryonnaire considérable. Cet état d'hyperplasie et de néo-formation vasculaire explique la fréquence et l'abondance des hémorrhagies dans l'excision de la paroi kystique.

Mais le point le plus discuté et celui sur lequel nous voulons insister, c'est la nature de l'épithélium qui tapisse l'intérieur de la poche.

Cet épithélium, que l'on a observé 48 fois dans les 52 cas rapportés par Poupinel, était :

Pavimenteux stratifié	13 fois.
Cylindrique	25 —
— à cils vibratiles .	6 —
Variable.	4 —

L'épithélium cylindrique, avec ou sans cils vibratiles, mélangé ou non d'épithélium pavimenteux, a donc été rencontré 35 fois.

D'un autre côté, si on observe les 13 kystes où est signalé l'épithélium pavimenteux, il figure 2 cas de kystes du canal de Gærtner (Watts et Veit).

Dans les onze cas qui restent, l'épithélium pavimenteux n'était pas seul, il existait en certains points, tandis que les parties avoisinantes étaient tapissées par un épithélium cylindrique simple ou complexe.

Nous croyons personnellement, et en cela d'accord avec Max Graefe, que ce qui avait été pris pour de l'épithélium pavimenteux n'était autre chose qu'un épithélium cylindrique primitivement, mais qui avait été aplati sous l'influence de la distension de la poche kystique et de la pression exercée par le contenu sur la paroi.

Le contenu de ces kystes est composé le plus souvent d'un liquide de couleur variable, de consistance variable aussi; il est séreux, muqueux, visqueux, gélatineux, pâteux, muco ou séro-purulent. On n'y a jamais rencontré de débris dermoïdes. Layton y a vu un calcul phosphatique ! il devait y avoir communication avec l'urèthre, chose que Layton ne signale pas.

Pour le cas de kyste dermoïde observé par M. Villar, la paroi était composée de deux muqueuses dermo-papillaires, ayant entre elles une couche de tissu muqueux ayant subi la dégénérescence myxomateuse.

Le contenu, dont l'analyse chimique a été faite par M. le Professeur agrégé Denigès (disons que c'est la première analyse chimique faite du contenu des kystes du vagin), a démontré qu'il était formé de matières organiques et de matières minérales.

Le développement de ces deux derniers examens est compris dans l'observation XVIII.

Chapitre V

Etiologie.

Les kystes du vagin s'observent à tout âge, sur des nouveaux-nés (de Sinéty, Fischel), sur des femmes vierges et jusque dans la vieillesse (65 ans, Noeggerath). Dans les observations que nous reproduisons, on les voit depuis un mois jusqu'à 50 ans. Poupinel, qui, dans son mémoire, a rassemblé cent quarante-et-un cas, les a observés chez cinq enfants et trois jeunes filles vierges, dont le cas rapporté par Achard et Lannelongue.

Les excès de coït ont été invoqués comme étant une cause fréquente de développement des tumeurs de ce genre. Poupinel n'en a que huit cas observés chez des femmes publiques: ceux de Courty, Tillaux et Thallinger y compris.

Le reste des malades dont Poupinel a pris les observations dans les auteurs qui l'ont précédé, c'est-à-dire cent vingt-cinq, étaient des femmes mariées ou défiorées. Parmi elles vingt-trois étaient stériles. Chez trente-neuf autres seulement on avait noté les accouchements antérieurs. Chez les femmes ayant eu un ou deux enfants, la présence des kystes est plus fréquente que chez celles qui en ont eu jusqu'à neuf, dont il n'a qu'un exemple. D'après ces données, l'accouchement, contrairement à ce que prétend Tillaux, joue un rôle bien effacé dans la production des kystes du vagin.

Les vaginites, les chûtes, ont été prises pour des causes de l'apparition de ces tumeurs.

Nous croyons, pour notre part, que, si ces kystes sont apparus, souvent, ces divers traumatismes ont pu accélérer leur allure, mais ils devaient déjà exister à un état pour ainsi dire latent : ils attendaient le moment d'éclore.

Chapitre VI

Pathogénie; discussion.

Pour bien comprendre la pathogénie des kystes du vagin, nous allons rappeler en quelques mots la structure de leur paroi.

Epithélium et muqueuse du vagin.

Tissu conjonctif.

Tissu musculaire sur trois couches, sur deux, sur une ou absent.

Tissu conjonctif.

Dans ces deux derniers tissus, vaisseaux.

Epithélium cylindrique.

Ces données étant posées, nous ne les perdrons jamais de vue dans la discussion des diverses théories émises pour expliquer l'origine de la maladie qui nous occupe.

Si on devait considérer comme admissibles toutes les théories, il faudrait admettre sept espèces de kystes :

1° Les kystes développés aux dépens des glandes du vagin.

2° Les kystes formés par l'accollement des replis de la muqueuse.

3° Les kystes vasculaires.

4° Les kystes considérés comme hygromas ou bourses séreuses accidentelles.

5° Les kystes d'origine lymphatique.

6° Les kystes développés dans les restes du canal de Muller.

7° — — — de Wolff.

8° Les kystes dermoïdes.

Mais toutes ces théories ont besoin d'être vérifiées, et c'est l'anatomie pathologique qui nous servira à édifier la nôtre par l'élimination successive des précédentes. Absolument exclusif, nous ne ferons de part qu'à la septième, qui est pour nous la seule vraie. Disons-le d'avance : tous les kystes du vagin sont d'origine congénitale ; ils dérivent des canaux de Gærtner, restes des corps de Wolff que nous avons décrits plus haut.

Théorie glandulaire. — Nous avons vu dans notre chapitre d'anatomie que, d'après le témoignage des anatomistes et des histologistes les plus compétents et qui se sont occupés le plus récemment de la question des glandes du vagin, l'existence de ces glandes est niée par tous ; ou bien, s'il en existe, on ne les trouve que dans les parties supérieure et inférieure de l'organe, au niveau du col et de l'orifice de la vulve ; elles ne sont alors que des dépendances des glandes des muqueuses cervicale ou rétro-vulvaire.

Or, les auteurs qui ont voulu attribuer aux kystes du vagin une origine glandulaire (Heming, Huguier, Von Preuschen) ont trouvé ces kystes la plupart du temps dans le tiers supérieur au niveau des culs-de-sac, une seule fois sur le tiers moyen, deux autres fois sur le tiers inférieur. Malgré cela, les parois kystiques n'offraient rien de commun avec les parois glandulaires. On y rencontrait tous les éléments constituants du kyste, mais l'épithélium était en certains points pavimenteux, dans d'autres et le plus grand nombre il était cylindrique sans cils vibratiles. Nous avons déjà exprimé notre opinion sur l'épithélium que Von Preuschen considère comme pavimenteux (anatomie path.) Poupinel, dans son mémoire, admettant cette origine pour certains kystes, nous fait remarquer qu'il n'a pu trouver de canal excréteur mettant en communication les poches kystiques avec la paroi vaginale (obs. XII) ou ces poches kystiques entre elles. Notons

ici que ce cas de tumeur polykystique est le seul observé. Poupinel conclut que le cas est d'origine glandulaire parce que l'ensemble « *simule assez exactement la section longitudinale d'une glande en grappe* ».

Nous ne partageons pas cette opinion et en voici les raisons : D'abord il n'y a pas de canal excréteur. Ensuite la cavité kystique la plus grande a une paroi contenant toutes les tuniques que nous avons indiquées au début de ce chapitre, l'épithélium est cylindrique sans cils vibratiles. Autour de cette grosse masse s'en trouvent de plus petites ayant même structure, comme si chacune d'elles était isolée, et ayant une forme un peu tubulée.

Ne voit-on pas nettement la constitution exacte du canal de Gærtner dans la grande cavité et celle de ses débris, des « crevasses » de Rieder, dans les petites, de ce que Cruveilhier appelait des follicules et que Debierre nomme le chapelet de Gærtner? Seulement (et nous ne le répéterons plus quand il s'agira de kystes de la paroi postérieure), ces canaux n'ont pas suivi le chemin ordinaire, c'est-à-dire, longé le canal de l'urèthre : ils se sont incurvés en arrivant au point d'insertion du vagin sur l'utérus, en suivant le sens des fibres musculaires lisses de la couche circulaire du vagin (obs. XVI). Nous avons vu qu'ils sont en ce point en contact avec la musculature et la muqueuse et que c'est seulement vers le tiers moyen qu'ils doivent pénétrer les muscles pour descendre vers les parties antéro-latérales jusque près du méat urinaire.

Théorie de Froment ou accollement des replis de la muqueuse. — D'accord avec Poupinel et bien d'autres, nous prenons cette théorie pour purement fantaisiste, d'autant plus que l'examen histologique n'a jamais été fait et il eût été difficile à faire, Froment

ne donnant aucune observation dans sa thèse. Sa théorie est hypothétique et ne repose sur aucun fait.

Théorie vasculaire. — Soutenue par Jacobs seul, comme la précédente par Froment, cette théorie est, croyons-nous, fausse. C'est de la pachyvaginite qu'il s'agit, maladie différente des kystes du vagin. Elle appartient en propre aux femmes enceintes. On voit au voisinage des vaisseaux sanguins de petites tumeurs transparentes la plupart du temps, leur contenu est gazeux, leur volume ne dépasse pas celui d'un pois.

Leur mode de formation, d'après Jacobs, est le suivant : 1° Thrombose et apparition d'une vacuole dans un vaisseau ; 2° Réunion de plusieurs vacuoles, refoulement du contenu du vaisseau contre la paroi; 3° Dégénérescence de ce contenu, sa disparition ; 4° Ecartement de la paroi, kyste parfait.

C'est bien un kyste, mais un kyste spécial qui n'a rien de commun avec les autres kystes du vagin : ni paroi ni contenu.

Si nous donnons et discutons ici cette théorie, c'est parce que nous avons été frappé de voir que Jacobs attribue cette origine à « *tous les kystes du vagin* » et affirme de plus que les kystes ne se sont rencontrés que chez des femmes enceintes ou atteintes d'affections cardiaques ou vasculaires.

Théorie faisant des kystes du vagin des hygromas ou des bourses séreuses accidentelles. — Ici nous laissons la parole à Poupinel qui argumente magistralement contre les partisans de cette théorie (Eustache, Ladreyt de la Charrière, Dresch, Courty, Tillaux et son élève Thallinger et enfin Santoni).

Après avoir critiqué la théorie de Froment, il ajoute :

« Nous considérons comme plus vraisemblable la théorie qui » voit dans les kystes du vagin une espèce d'hygroma ou de » bourse séreuse accidentelle développée dans le tissu conjonctif

» de la couche fibro-musculaire du vagin. Malheureusement, dans » les douze cas les plus récents et tous d'origine française, l'exa- » men histologique n'a été fait que deux fois. Winckel admet cette » hypothèse sans rechercher si elle s'appuie sur des examens » histologiques complets. Depuis lors, Eustache et Dresch, chacun » dans une observation, ont voulu voir dans l'épithélium pavi- » menteux reconnu par l'examen histologique du kyste, la vérifi- » cation de la justesse de leur opinion. On nous permettra d'être » plus sceptique et d'attendre qu'à ces deux seuls cas exami- » nés complètement soient venus s'en ajouter d'autres, aussi et » même plus probants, pour admettre d'une façon définitive cette » hypothèse. Nous ferons remarquer d'ailleurs à nouveau que la » plupart des partisans de cette théorie l'admettent sans avoir » pratiqué ou fait pratiquer l'examen histologique du kyste vagi- » nal, et, par la seule raison que les notions d'anatomie normale, » aujourd'hui classiques, sont opposées à toute autre hypothèse.»

« Nous avons vu, en étudiant en bloc nos 141 observations, que » les chiffres fournis par cette étude n'étaient guère favorables à » l'admission définitive du traumatisme au rang des causes néces- » saires à la production des kystes vaginaux. Les cas de kystes » du vagin, congénitaux ou observés avant tout coït (observation » de Thallinger lui-même) s'y opposent en effet. Les filles publi- » ques, malgré l'opinion de Courty, ne figuraient que pour un » faible contingent dans le nombre des sujets porteurs de kystes » du vagin. Le rôle pathogénique de l'accouchement, plus fré- » quemment constaté, ne peut être invoqué (on l'a vu dans notre » chapitre précédent) dans beaucoup de cas. Les conclusions de » notre travail statistique ne semblent donc pouvoir fournir aucun » appui aux partisans de la théorie traumatique de l'hygroma » ou de la bourse séreuse accidentelle. » C'est aussi notre avis.

Théorie lymphatique.— Pour la discussion de cette théorie, nous

nous rapportons encore à Poupinel, n'ayant pu trouver aucun ouvrage à la bibliothèque de la Faculté de médecine de Bordeaux, nous indiquant les bases sur lesquelles s'appuient les partisans de cette interprétation pathogénique (Klebs, Klob et Hunt). Aucun examen histologique n'a été fait, écrit Poupinel. Max Graefe, pour sa part, considère les trois cas comme peu probants et d'une importance médiocre à cause de leur petit nombre.

Théorie qui fait dériver les kystes du vagin des restes du canal de Muller. — Cette théorie, soutenue par quelques auteurs, entre autres par Poupinel, repose sur les conditions suivantes :

« Direction du kyste parallèle à l'axe du vagin; éventuelle-
» ment légère torsion spirale autour de celui-ci ; situation pro-
» fonde; paroi épaisse, fibreuse et musculaire, bien distincte de la
» paroi propre du vagin, possédant des papilles et un épithé-
» lium pavimenteux stratifié; siège sur la paroi postérieure du
» vagin. » Le siège sur la paroi postérieure est essentiellement pathognomonique pour ces auteurs.

Nos observations II et X, dues l'une à Max Graefe, l'autre à Werner Kümmel, sont celles que Poupinel cite comme les meilleures dans l'espèce.

Prenons un à un les caractères énoncés plus haut et discutons-les.

La direction du kyste parallèle à l'axe du vagin, l'est absolument pour tous les kystes, au moins profonds ; nous verrons plus loin pourquoi, disons d'abord que les canaux de Gærtner ont une direction parallèle au vagin au même titre que le canal de Muller, puisqu'ils rampent le long de la muqueuse.

Légère torsion spirale (observation II). — Si nous remontons à l'embryologie, nous voyons que les deux canaux de Muller sont accolés l'un à l'autre dans le cordon génital, qu'ils doivent se souder et que la paroi interne de chacun d'eux doit disparaître

sous peine de former un vagin et un utérus double, ou bien un vagin simple, mais un utérus double ou profondément bicorne. S'il persiste un canal de Muller, et que le vagin soit simple, nous devons avoir un utérus bicorne. Or, Poupinel ne nous dit pas s'il en est ainsi, et les auteurs dont il reproduit les observations n'en font pas mention. Pourquoi, aussi, lui demanderons-nous, cette torsion spirale d'un canal de Muller autour du vagin, par quel mécanisme s'est-elle produite ?

Ne peut-on pas l'attribuer plutôt à un canal de Gærtner dont la partie cervicale aurait, comme nous l'avons dit plus haut, glissé le long des fibres circulaires du vagin, se serait rompue en ce point, tandis que le reste, le chapelet que forme ce canal, aurait conservé sa direction primitive ?

Le siège sur la paroi postérieure que Poupinel admet comme pathognomonique du diagnostic de kyste provenant des restes du canal de Muller, ne l'est pas pour nous, puisque nous avons un exemple de canal de Gærtner, présentant un prolongement dans la paroi postérieure du vagin chez la vache, et aussi l'exemple d'une femme présentant l'ouverture des deux canaux de Gærtner dans le cul-de-sac postérieur du vagin : ce ne sont pas deux canaux de Muller, sans quoi elle aurait eu trois vagins, et d'ailleurs son utérus, unique, était parfaitement bien conformé.

La situation profonde est commune aux canaux de Gærtner et aux canaux de Muller.

Les parois épaisses, fibreuses, musculaires, se trouvent dans bon nombre de kystes venant des parois antérieure et latérales du vagin.

Cette épaisseur provient du point de départ du kyste : plus il se rapproche des culs-de-sac, plus la paroi sera forte, parce que nous approchons davantage de l'origine des canaux de Gærtner; plus nous nous en éloignons, moins, au contraire, la paroi aura

de consistance, puisque nous ne serons plus en rapport qu'avec des débris de ces canaux.

Notre dernier argument contre cette théorie sera celui-ci : l'épithélium pavimenteux que Poupinel donne comme caractère distinctif de ces kystes est rare sans doute, puisque dans deux observations citées l'épithélium est cylindrique ; il n'est pavimenteux que par places, dans un seul cas, et nous avons déjà expliqué pourquoi il pouvait l'être.

Théorie qui assigne aux kystes du vagin une origine Wolffienne. — Cette théorie est celle que nous préférons ; mais, tandis que nos prédécesseurs ont admis certaines théories et leur ont fait leur part dans la pathogénie des kystes vaginaux, nous n'admettons que celle-ci et croyons avoir suffisamment réfuté les autres pour les abandonner.

Comparons la structure histologique et la position par rapport au vagin des parois kystiques observées dans tous les cas avec la paroi et la position des canaux de Gærtner, nous concluerons ensuite.

CANAUX DE GÆRTNER	PAROIS KYSTIQUES
Structure Histologique.	
	Tissu conjonctif de néo-formation unissant la paroi kystique avec la muqueuse vaginale.
Fibres musculaires lisses sur trois couches, sur deux couches ou une seule, ou fibres musculaires totalement absents.	Trois couches (obs. XIV) deux couches (obs. II et XIII) une couche (obs. III, IV, V, VII, VIII, IX, X, XI, XII, XV, XVI) pas de fibres musculaires (obs. I).
Tissu conjonctif dense.	Idem.
Vaisseaux.	Ici les vaisseaux sont hyperplasiés.
Epithélium cylindrique.	Idem, quelquefois comprimé et aplati par la pression du contenu.
Position dans le vagin.	
Dans tous les points.	Idem.

Nous voyons, d'après ce tableau comparatif, l'identité exacte de structure et de rapports de position qui existe entre les canaux de Gærtner et les kystes du vagin. Nous croyons ceci suffisant pour faire admettre notre théorie comme la seule acceptable. Nos observations sont d'ailleurs là à l'appui.

Avant de terminer ce chapitre de pathogénie, nous tenons à faire remarquer, et c'est seulement ici la place, que nous pouvons admettre la division des kystes du vagin en superficiels et profonds.

Seront superficiels, les kystes qui naîtront des débris, des grains du chapelet que forment les canaux de Gærtner en descendant dans le vagin ; ils le seront, parce qu'ils n'auront pas de communication avec les parties profondes; s'ils sont nombreux, ils seront indépendants les uns des autres, c'est le cas de l'observation VI due à Johnston.

Seront profonds, au contraire, ceux qui seront situés sur le canal de Gærtner dans sa portion intacte, nous ne pouvons pas dire rapprochée de l'utérus, nous verrons de suite pourquoi.

Les kystes superficiels auront donc plus de chance de se trouver sur la moitié inférieure du vagin, puisque c'est là que généralement s'arrêtent les canaux de Gærtner en ne laissant que des débris.

Les kystes situés dans la moitié supérieure seront, à peu de choses près, tous profonds.

Nous ne voulons point cependant établir ceci comme règle, puisque, dans le cas de M. Boursier où le kyste se présentait à la vulve, il y avait un pédicule remontant très haut; c'est le cas de canaux persistants jusqu'au méat dans toute leur intégrité : disons cependant qu'ils sont rares.

La pathogénie du kyste dermoïde (ob. XVIII) est analogue à celle de tous les kystes de même nature nés dans l'ovaire ou la queue du sourcil ; il s'est formé par une invagination de l'ecto-

derme « dont une portion, restée pour ainsi dire en arrière pendant le développement fœtal, se serait enclavée au sein des autres tissus et aurait, par son accroissement ultérieur, donné lieu à la formation du kyste. » (Lannelongue).

Dans le cas qui nous occupe, nous pensons que, pendant la gestation, un accident de développement a déterminé l'enclavement d'éléments du feuillet corné dans les rudiments du corps de Wolff, puisque ces derniers sont très voisins de l'ectoderme dans les premiers temps de la vie embryonnaire.

Chapitre VII

Symptômes et marche.

Les kystes du vagin passent longtemps inaperçus, aussi ne devra-t-on pas prendre dans son vrai sens le mot « *début* », employé dans nos observations : il a ici le sens d'époque à laquelle la malade s'en est aperçue. Ce n'est souvent qu'accidentellement : au cours d'un accouchement, d'un examen au spéculum, la malade se présentant pour une autre affection des organes génitaux, que le médecin voit la tumeur. Ou bien parce qu'il gênera la marche et le coït en faisant saillie à la vulve, le kyste révélera sa présence : c'est le cas observé par M. Villar.

S'il est volumineux, le kyste se présente de lui-même; s'il est petit, il faut employer le toucher vaginal pour le reconnaître et apprécier sa forme et ses dimensions.

« Il se présente sous la forme d'une saillie arrondie, lisse, » tantôt sessile, tantôt pédiculée ou en voie de pédiculisation. La » muqueuse qui le recouvre est souvent normale; parfois adhé- » rente et amincie, elle laisse transparaître le liquide, prenant » une teinte bleuâtre et un aspect lisse et tendu tout-à-fait spé- » cial. » (Michaux).

Nous avons pu en observer un cas à la clinique gynécologique de M. le Professeur Boursier; de la grosseur d'une noisette, ce kyste était situé dans le cul-de-sac droit et un peu en avant; il était arrondi, la muqueuse du vagin n'avait pas subi de modifications à son niveau, le pourtour seul était un peu rosé.

Dans les grands kystes, on perçoit souvent de la fluctuation, ce qu'on ne peut remarquer dans les petits.

En général, les kystes du vagin ne déterminent aucun trouble fonctionnel; ce n'est que dans le cas où ils ont atteint un volume trop considérable. Alors les malades éprouvent une sensation de pesanteur dans le bas-ventre, quelquefois de la douleur pendant la miction et le coït; la marche est gênée; il existe fréquemment une leucorrhée plus ou moins abondante; enfin, au moment de l'accouchement le kyste s'est rompu (Magnin), ou bien, pour faciliter le passage du fœtus, en a-t-on pratiqué l'ouverture artificielle.

La *marche* de cette affection est extrêmement lente, on a vu des femmes porter leur kyste pendant vingt ans, sans qu'il les gênât et sans augmenter de volume; il a fallu dans certains cas un traumatisme ou un accouchement pour que l'évolution fût rapide; dans d'autres, le traumatisme ou l'accouchement ont provoqué la rupture du kyste et son affaissement momentané.

Chapitre VIII

Diagnostic et pronostic

Le diagnostic des kystes est en général assez facile à faire.

On ne les confondra pas avec une cystocèle ou une uréthrocèle : une sonde introduite dans la vessie ou dans l'urèthre éclairciront le praticien ; ces deux tumeurs sont d'ailleurs réductibles.

Les polypes de l'urèthre, les prolapsus de la muqueuse uréthrale et la hernie de la vessie seront aussi diagnostiqués par les mêmes moyens que les affections précédentes.

Le toucher rectal fera éliminer la rectocèle qui, elle aussi, est réductible dans le rectum.

L'épanchement de sang ou de pus dans une cavité vaginale juxtaposée à la première (hématocolpos et pyocolpos latéraux) ne sera diagnostiqué que par un examen attentif du développement du vagin normal et du vagin supplémentaire.

Un toucher exercé fera différencier les kystes du vagin situés profondément dont la direction est en général verticale, d'avec les salpyngites et les ovaires kystiques ou prolabés qui sont dirigés obliquement.

La pachyvaginite kystique de Winckel s'observe presque exclusivement chez les femmes enceintes ; elle est due à une hyperplasie des vaisseaux de la région.

L'utérus prolabé a laissé vide l'excavation pelvienne qu'il occupait, ce qui ne se produit pas dans les kystes du vagin.

Les polypes utérins ont leur point d'implantation dans la paroi interne du col et sortent par l'orifice cervical externe.

L'hématocèle rétro ou péri-utérine est plus profonde, n'a pas le même aspect et offre une fluctuation sur une plus vaste étendue.

Enfin les kystes hydatiques rétro-vésicaux et de la cloison recto-vaginale se développent dans le tissu sous-péritonéal et se diagnostiquent par l'usage de la sonde pour les premiers et le toucher rectal pour les autres. On y perçoit quelquefois le frémissement hydatique.

Le pronostic est absolument bénin.

Chapitre IX

Traitement

On a préconisé divers traitements suivant les époques. Nous allons les citer rapidement et nous arrêterons à celui qui nous paraîtra remplir les meilleures conditions pour éviter toute récidive.

La ponction avec ou sans injection iodée ; récidive fréquente.

L'incision simple ou combinée à la cautérisation de la face interne du kyste : récidive possible.

L'incision partielle du kyste avec application d'un caustique quelconque à l'intérieur de la poche : bons résultats.

L'extirpation complète est encore le traitement de choix : mais elle est quelquefois assez délicate, tant à cause des adhérences de la muqueuse vaginale à la paroi kystique, qu'en raison de la minceur de cette muqueuse, minceur qui expose les organes avoisinants à souffrir de l'inexpérience possible de l'opérateur. On devra avoir soin, quand il s'agira de kyste de la paroi antérieure, d'introduire préalablement une sonde dans l'urèthre et de ne jamais la perdre de vue. La dissection de la poche étant difficile, Pozzi conseille de vider la tumeur et de la remplir de blanc de baleine qui durcit avec la glace et facilite énormément la dissection.

On rapproche soigneusement les deux parties de la muqueuse et on suture au catgut ou à la soie.

Pansement à la gaze iodoformée.

Nous n'avons pas besoin de conseiller la plus rigoureuse antiseptie pendant l'opération.

Malgré tout ce qu'a de bon ce traitement, qu'on nous permette de donner ici notre opinion sur les indications opératoires : la marche de l'affection étant très lente, on devra laisser le kyste et ne se décider à l'enlever que quand il constituera une infirmité et deviendra insupportable au sujet qui en sera atteint.

OBSERVATIONS

Nous n'avons pris, dans la plupart des observations que nous avons pu nous procurer dans les divers ouvrages, que les points les plus importants et qui pouvaient nous servir à établir notre théorie, c'est-à-dire : la situation du kyste dans le vagin, et l'examen histologique des parois. L'examen chimique du contenu n'a été donné que dans l'observation de M. Villar. Dans toutes les autres observations on le dit muqueux, ou séreux, ou visqueux, gélatineux, pâteux : ce sont les seuls caractères qu'on lui attribue. M. A. Boursier n'a pas vu de liquide parce que le kyste était ulcéré et perforé en un point.

OBSERVATION I

(Max Graefe, *Zeischrift f. Gynœkologie*).

Femme, 42 ans. Deux kystes du côté droit sur la paroi antérieure du vagin, séparés seulement par une cloison ; un troisième à gauche à peu près au même niveau.

Examen histologique. — La paroi de la plus grosse tumeur ne contient que du tissu conjonctif ; celles des autres contiennent en outre des fibres musculaires lisses, de même la cloison.

Toutes trois ont un épithélium cylindrique à leur face interne.

OBSERVATION II

(du même).

Femme, 41 ans. Six kystes situés l'un derrière l'autre en spirale, d'avant en arrière et de droite à gauche, l'inférieur à la vulve, le dernier dans le cul-de-sac postérieur.

Examen histologique. — Fibres musculaires longitudinales et circulaires. Surface interne papillaire recouverte par un épithélium cylindrique.

OBSERVATION III

(Baumgarten, *Arch. f. path. anat. et phys.*).

Femme, 22 ans. Siège : paroi latérale gauche s'étend jusque dans le cul-de-sac correspondant; quelques mois plus tard la malade revient avec un autre kyste dans le cul-de-sac antérieur.

Examen histologique. — Le premier kyste présentait une surface externe revêtue d'un épithélium stratifié dense; du tissu conjonctif lâche extrêmement vasculaire avec fibres élastiques; fibres musculaires lisses; enfin une couche de cellules cylindriques formant la paroi interne.

Le second kyste avait une structure absolument identique à celle du premier.

OBSERVATION IV

(du même).

Femme, 36 ans. Siège : paroi latérale gauche, tiers moyen.

Examen histologique. — Comme précédemment.

OBSERVATION V

(du même).

Femme, 34 ans. Siège : cul-de-sac droit.

Examen histologique. — Même structure que dans les autres cas.

OBSERVATION VI

(Lannelongue et Achard, *Traité des kystes congénitaux*).

Enfant, 1 mois 1/2. Le kyste fait saillie à la vulve, à travers l'hymen; il vient du niveau d'insertion de l'hymen sur le vagin. Il avait paru à la

naissance comme une tête d'épingle, il avait acquis dans si peu de temps le volume d'une prunelle. C'est bien un kyste congénital.

Pas d'examen histologique.

OBSERVATION VII

(Johnston, *American Jour. of obstetric*).

Malade, trente ans. Quatre bosselures placées sur la même ligne de haut en bas dans la moitié droite de la face antérieure du vagin. La plus haute au-dessous de l'insertion du vagin sur le col, l'inférieure immédiatement en arrière du méat urinaire.

Examen histologique. — Un seul de ces kystes ayant été excisé, on trouve dans sa paroi : Tissu conjonctif, fibres musculaires lisses avec vaisseaux nombreux.

La tunique interne se composait d'un épithélium cylindrique sans cils vibratiles, à cellules implantées plus ou moins obliquement sur la surface, parfois très inclinées.

OBSERVATION VIII

(Werner Kummel, *Archiv. Virchow*).

Femme, quarante-sept ans; début inconnu. Siège : paroi antérieure à gauche de la ligne médiane ; deux centimètres plus haut un autre plus volumineux.

Examen histologique. — Dans les deux kystes, tissu conjonctif et fibres musculaires lisses.

Revêtement interne de cellules cylindriques.

OBSERVATION IX

(du même).

Kyste à gauche, un peu en avant.

Examen histologique.— Paroi fibreuse épaisse avec fibres musculaires lisses, épithélium cylindrique non vibratile.

OBSERVATION X

(DU MÊME)

Femme, vingt-sept ans, début cinq ans. Siège : paroi postérieure immédiatement au-dessous de l'extrémité antérieure de la colonne du vagin.

Examen histologique. — Tissu conjonctif, fibres musculaires lisses.

Epithélium tantôt pavimenteux, tantôt et dans la plus grande partie cylindrique, quelques cellules à cils vibratiles.

OBSERVATION XI

(RICHELOT, *Bull. et Mém. Soc. Chir.*).

Jeanne C., trente-six ans. Début deux ans. Siège: cul-de-sac latéral gauche; deux grossesses pendant lesquelles il augmentait de volume pour diminuer après l'accouchement.

Examen histologique.— Deux couches bien distinctes :

La plus considérable, externe : tissu conjonctif fibreux, fibres élastiques et musculaires lisses.

La couche interne est formée par un épithélium cylindrique à cellules allongées, étroites, présentant un noyau à leur base, sans plateau à leur extrémité libre Quelques cellules de remplacement se rencontrent dans cette couche qui présente, de distance en distance, des dépressions anfractueuses.

OBSERVATION XII

(POUPINEL, *Bulletin de la Société d'Anatomie, 1888*).

Femme, trente-cinq ans, un enfant, une fausse couche; tumeur résistante, rugueuse constatée cinq ans avant son extirpation.

Siège : Paroi postérieure à l'union du tiers supérieur et du tiers moyen.

Après extirpation, on constate que la tumeur comprend une agglomération de petits kystes au nombre de quinze environ ; tous siègent superficiellement sous la muqueuse vaginale, à une profondeur variable mais peu considérable.

Examen histologique. — Les nombreuses coupes examinées ont montré les détails suivants : superficiellement, la tumeur est recouverte par la muqueuse du vagin qui ne paraît présenter rien d'anormal. Au-dessous de la muqueuse se rencontre une couche de tissu conjonctif parcourue par des vaisseaux sanguins, pour la plupart capillaires, et plus profondément une couche de tissu conjonctif, dense, entremêlée de faisceaux de fibres musculaires lisses. Dans ces deux couches on rencontre de nombreuses cavités de forme et de dimensions variables, tapissées d'épithélium. Les unes sont régulièrement circulaires, les autres sont plus ou moins allongées, à bords plus ou moins sinueux. Les cellules épithéliales qui tapissent intérieurement ces cavités sont presque toutes des cellules cylindriques ; quelques-unes sont cubiques, dans les cavités les plus grandes ; on rencontre très fréquemment des cellules muqueuses entremêlées aux précédentes et constituant à elles seules tout le revêtement.

Toutes ces cavités sont situées peu profondément sous la muqueuse, quelques-unes sont tout-à-fait superficielles.

Mais il ne nous a pas été donné de voir un conduit épithélial quelconque mettant en communication une des cavités avec la surface de la muqueuse vaginale. Sur quelques coupes, nous avons trouvé, tout-à-fait dans la profondeur de la tumeur, au milieu des faisceaux musculaires, des groupes de cavités tubulées tapissées d'épithélium cylindrique, affectant une disposition ramifiée et simulant assez exactement la section longitudinale d'une glande en grappe.

OBSERVATION XIII

(DU MÊME, *Bull. Soc. Anat. Paris, 1889*).

M. V..., 34 ans, début récent. Siège : portion inférieure du tiers moyen sur la ligne médiane antérieure.

Examen histologique. — Paroi propre formée par du tissu conjonctif, et deux couches de fibres musculaires lisses, dont l'une longitudinale, l'autre circulaire.

L'épithélium présente un aspect variable, il est pavimenteux stratifié en certains points cylindrique; le plus souvent à cellules hautes et claires.

OBSERVATION XIV

(Watts, *American Jour. of. Obstetric*).

Un kyste assez volumineux sur la paroi antérieure dans son tiers inférieur chez une femme de 47 ans, mère de huit enfants. Il est aplati dans son sens antéro-postérieur; la partie supérieure est canaliculée, s'enfonce profondément dans les parois vaginales,remontant dans l'excavation pelvienne, presque jusque dans l'abdomen.

Examen histologique. — Muqueuse vaginale, tissu conjonctif, fibres musculaires sur trois couches dont la moyenne circulaire, les deux autres longitudinales, tissu conjonctif parcouru par des vaisseaux capillaires nombreux ; enfin une simple couche de cellules cylindriques avec un noyau assez volumineux.

Contenu filant et jaunâtre.

OBSERVATION XV

(Combes, *Thèse de Paris*).

Sophie E...; 40 ans, deux kystes; début 25 ans. — Pas de gêne jusqu'au dernier accouchement il y a 5 ans.

Siège : Un sur la paroi antérieure à 3 centimètres de la vulve, l'autre sur la paroi postérieure dans son tiers supérieur.

Examen histologique. — La structure des deux kystes est la même; en allant de l'extérieur à l'intérieur on rencontre du tissu conjonctif fasciculé avec des vaisseaux et des fibres musculaires lisses, puis un épithélium cylindrique dont les cellules n'ont ni plateau ni cils vibratiles.

OBSERVATION XVI

(Villebrun, *Thèse de Montpellier*).

Amélie F..., 42 ans. Début inconnu. Trois grossesses normales. Siège : paroi latérale droite du vagin, diminue sensiblement par la pression en s'allongeant vers la paroi postérieure.

Examen histologique. — Musculaire très nette du vagin avec son épithélium pavimenteux stratifié; en dedans, paroi propre avec tissu conjonctif dense entremêlé de fibres musculaires lisses et de matière amorphe. La membrane interne, tapissée d'épithélium cylindrique, présente un certain nombre d'invaginations tubulées simples; les cellules cylindriques sont très allongées et munies d'un gros noyau ovalaire vers leur extrémité libre.

OBSERVATION XVII

(Monsieur le Professeur A. Boursier, *Leçon de clinique chirurg.*)

J. X..., 31 ans, entre à l'hôpital le 10 mai 1886, pour névralgie anale très-rebelle.

Sans antécédents héréditaires, elle a eu jusqu'à ces dernières années une santé excellente.

Réglée à douze ans, elle s'est mariée à dix-sept. Cinq grossesses, mais elle n'a conservé qu'un seul enfant, le dernier, âgé aujourd'hui de sept ans et demi.

Les deux premières grossesses ont été incomplètes. Elle a accouché à six mois dans la première, à huit dans la seconde, et son enfant n'a vécu que cinq semaines. Le troisième enfant, né à terme, est mort à l'âge de huit jours et le quatrième a succombé à l'âge de cinq mois, aux suites d'une pneumonie.

Le dernier accouchement, laborieux, s'est terminé heureusement par une version podalique.

Depuis les choses sont restées dans l'ordre et la menstruation est redevenue régulière jusqu'à ces derniers temps.

(Ici M. Boursier fait la description d'une fissure anale que possède la malade et qui n'a rien de commun avec notre sujet, et il arrive à l'étude de la tumeur vaginale.)

Cette tumeur n'est pas récente ; il y a une douzaine d'années, après son premier accouchement, cette jeune femme s'aperçut de la présence, à l'entrée du vagin, d'une grosseur ayant à peu près le volume d'une petite cerise, assez résistante, arrondie et complètement indolente. Mais progressivement celle-ci augmenta et acquit, au bout de quatre ans, les dimensions d'un œuf de poule. A ce moment elle faisait saillie à la vulve pendant la marche et la station debout, mais se réduisait spontanément dès que la malade était couchée.

La menstruation, le coït, la grossesse, le travail obstétrical, n'avaient provoqué aucune douleur jusqu'à il y a quinze mois, époque à laquelle la tumeur a acquis la grosseur d'une orange et fait éprouver à la malade des douleurs pendant la marche dans la région lombaire et une vive sensation de pesanteur.

Ponction faite par son médecin : liquide jaunâtre, filant.

Six mois après, la poche ayant repris son volume primitif, nouvelle ponction avec injection de teinture d'iode, qui, renouvelée au bout vingt jours, amena de la suppuration ; la fistule fut guérie au bout d'un mois. C'est à ce moment que la malade vint me voir.

Examen. — Dans le décubitus dorsal on constate, par le toucher, la présence d'une tumeur dans le vagin, mais elle n'apparaît pas à la vulve. C'est seulement pendant l'effort qu'elle fait saillie entre les petites lèvres sous forme d'une massse allongée, arrondie, molle, de couleur rosée.

Les parois de cette poche sont épaisses, mais peu tendues; elles ne renferment que très peu de liquide.

Volume d'une noix.

Base d'implantation assez large et assez difficile à délimiter sur la paroi antérieure du vagin.

La miction n'est aucunement gênée, il n'existe pas de leucorrhée, les règles sont normales et régulières.

Le diagnostic de kyste du vagin est posé.

L'extirpation du kyste est pratiquée le 18 mai.

On n'a pu retirer de liquide, le kyste étant à peu près vide.

Examen histologique. — Muqueuse vaginale, tissu conjonctif, fibres musculaires lisses; la nature de l'épithélium n'a pas été facile à constater, parce qu'il a été détruit par les injections iodées. Mais l'analogie de position avec celui de Watts fait admettre que l'on est en présence d'un kyste développé aux dépens des canaux de Gærtner.

OBSERVATION XVIII

(Due a l'obligeance de M. le Professeur agrégé Villar)

(*Journal de Médecine de Bordeaux*, 7 Avril 1895, p. 162)

X... (Marie), âgée de dix-sept ans, ne présente aucun antécédent pathologique, soit héréditaire, soit personnel. Ses père et mère sont bien portants; son frère est très robuste ; elle jouit elle-même d'une bonne santé.

Réglée à l'âge de seize ans; règles d'abord irrégulières, reprennent ensuite leur cours normal.

Il y a deux ans environ, la malade constate l'existence, au niveau de la vulve, de quelque chose d'anormal : c'était une grosseur du volume d'une petite noix. A cette époque, la grosseur était irréductible ; mais elle augmente peu à peu de volume et bientôt la réduction dans le vagin devient difficile.

Gêne de la marche ; envies fréquentes d'uriner le jour et la nuit.

Je vois la malade au mois d'août 1894, l'examen local nous fournit les renseignements que voici :

La malade couchée, les cuisses écartées, dans la position du spéculum, je constate, en dehors de la vulve, l'existence d'une tumeur du volume d'une mandarine. Cette tumeur, recouverte par la muqueuse vaginale, est molle et transparente; la base présente en un point une coloration bleuâtre. Introduisant le doigt dans le vagin, à travers l'orifice vulvaire dilaté par la tumeur, je reconnais que celle-ci s'implante sur la paroi vaginale antérieure par un

pédicule assez large qui se termine loin en arrière près du col utérin, ou plutôt près de l'insertion du cul-de-sac. Le col est normal, c'est un col de vierge. Pas de rapports sexuels, au dire de la malade.

En dilatant un peu l'orifice vulvaire, je parviens facilement à faire rentrer la tumeur dans le vagin.

Comme troubles fonctionnnels, je signale encore la gêne de la marche et les envies fréquentes d'uriner.

Le diagnostic, d'après ce que je viens de dire, se trouvait circonscrit entre une cystocèle et un kyste de la paroi antérieure du vagin.

J'introduisis alors une sonde dans la vessie et je pus constater l'indépendance de cet organe de la tumeur vaginale; il s'agissait donc bien d'un kyste: c'était d'ailleurs notre opinion dès le début de l'examen.

Je résolus de pratiquer l'extirpation de la poche kystique, l'opération radicale étant, à mon sens, le procédé de choix. Mais la malade ne put s'y soumettre pour des raisons spéciales ; aussi, pour éviter la rupture du kyste et pour faciliter la marche, me décidai-je à faire une ponction qui donna issue à un liquide incolore, très-faiblement louche. Peu de temps après cette ponction, le liquide se reproduisit; la tumeur ne tarda pas à acquérir son volume primitif.

J'en pratiquai l'extirpation au mois de novembre. Pas d'anesthésie générale; anesthésie locale au moyen de chloréthyle. Une sonde en verre est introduite dans la vessie. Incision autour du point d'implantation du kyste; dissection de la poche qui adhère profondément. Suture au catgut de la muqueuse vaginale; tamponnement à la gaze iodoformée.

Examen histologique. — Cet examen, pratiqué par M. Rivière, préparateur au laboratoire des cliniques, a donné les résultats suivants :

A un faible grossissement, la paroi interne montre une muqueuse dont la face profonde est tapissée par un épithélium muni de papilles extrêmement nettes, reposant sur un chorion muqueux riche en vaisseaux. Les papilles sont revêtues d'une couche de cellules cylindriques, à gros noyaux, présentant une membrane basale; ces cellules paraissent ensuite subir l'évolution ordinaire du corps muqueux de Malpighi et celles qui confinent directement

à la cavité kystique sont devenues entièrement cornées; elles sont unies les unes aux autres par des filaments protoplasmiques qui ne sont autre chose que ce qui a été décrit sous le nom de pointes de Schultze.

Au-dessous de ces éléments, les cellules losangiques sont parfois tout-à-fait vacuolaires; leur protoplasma semble avoir disparu, avoir subi la dégénérescence muqueuse, mais leur noyau, encore intact, répond au picro-carmin.

Le chorion muqueux en contact avec ces couches épithéliales est très riche en cellules au voisinage des papilles ; ses éléments fondamentaux offrent les formes les plus diverses; l'aspect dominant est celui de noyaux fusiformes et étoilés.

En certains endroits on retrouve des fibres musculaires du vagin.

Les nombreux vaisseaux qui existent dans la coupe sont tous béants, libres de sang et présentent des parois parfaitement distinctes.

La muqueuse vaginale est normale.

En résumé, il s'agit d'un kyste dermoïde.

Analyse chimique du contenu. — Cette analyse, je la dois à l'obligeance de mon collègue et ami M. Denigès.

Le liquide examiné est incolore et très faiblement louche. Sa densité est de 1,005.

Composition par litre :

Éléments organiques	Sérine	2 gr. 95	5 gr. 95
	Globuline	0 gr. 30	
	Matières extractives	2 gr. 70	
Matières minérales	Chlorures calculés en Cl Na.	8 gr.	8 gr. 15
	Phosphates et carbonates	0 gr. 15	
Résidu sec à 105°			14 gr. 10

CONCLUSIONS

1° Les kystes du vagin constituent une affection assez rare et pour l'étude de laquelle l'examen histologique portant sur la totalité du kyste est indispensable.

2° Nous nous sommes attaché à démontrer que les kystes du vagin, contrairement à ce que l'on avait cru jusqu'ici, doivent être d'origine embryogénique; ils se développent dans les restes du corps de Wolff (canaux de Gœrtner) imparfaitement atrophiés.

3° Nous avons en outre attiré l'attention sur l'existence possible de kystes dermoïdes dans le vagin; la seule observation, publiée par M. Villar, nous a paru fort curieuse et digne d'être prise en considération.

Vu : *Le Doyen,*
A. PITRES.

Vu bon a imprimer :
Le Président de la Thèse :
M. LANELONGUE.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 9 juillet 1895,
Le Recteur,
A. COUAT.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

1822 — Gærtner, *Anatomiske Besk. Kopenague.*

1831 — Oaking Heming, *Edimb. méd. Journal*, p. 82.

1842 — Lever, *Guy's hospital reports.*

1847 — Huguier, *Mém. de la Soc. de chirurgie*, t. I, page 326.

1858 — Ladreit de la Charrière, *Archives générales de médecine*, p. 258.

— — Vidal de Cassis, *Pathologie chirurgicale.*

1864 — A. Guérin, *Traité des maladies des organes génitaux ext. de la femme*, p. 574.

1870 — Eustache, *Montpellier médical*, Juin.

1871 — Winckel, *Uber du cysten der scheide, Archiv. f. Gynæk*, t. II.

1872 — Dresch, *Paris, Thèse de Doctorat.*

1873 — Kaltenback, *Arch. f. Gynœkologie*, t. V, p. 138.

1874 — Cruveilhier et Marc Sée, *Anatomie descriptive*, t. II, p. 198.

1877 — Von Preuschen, *Virchow Archives*, t. LXX, p. 111.

1878 — Eustache, *Archives de Tocologie de Paris*, V, p. 191.

1879 — De Sinéty, *Manuel de Gynécologie*, p. 164.

— — Froment, *Paris, Thèse de Doctorat.*

1880 — Viault, *Paris, Thèse d'Agrégation.*

1881 — Watts, *American journal of obstetric*, p. 848.

— — Piersons, *Homœopathie journal obstetric*, p. 36.

— — Collardot, *Paris, Thèse de Doctorat.*

1882 — Max Graefe, *Zeitschrift f. Geburtshulfe und Gynœkologie*, t. VIII, p. 460.

— — Veit, *Zeitschrift f. Geburtshulfe und Gynœkologie*, t. VIII, p. 471.

1884 — Rieder, *Virchow Archives*, p. 100.
1885 — Tillaux, *Traité de pathologie chirurgicale*, t. II.
— — — *Gazette des Hôpitaux*, *Paris*, juin, p. 505.
— — Thallinger, *Paris*, *Thèse de Doctorat*.
1886 — Sutton, *Veterinary Anatomy*.
— — Schroeder, *Maladies des org. gén. de la femme*, trad. fr. de Lauwers, p. 508.
— — Debierre, *Manuel d'Embryologie*, p. 599.
— — Lannelongue et Achard, *Traité des kystes congénitaux*, p. 442.
1887 — A. Boursier, *Leçons de clinique chirurgicale*, *Bordeaux*, p. 237.
— — Johnston, *American Journal of obstetric*, p. 1121.
— — Baumgarten, *Arch. f. path. anat. et phys.*, p. 528.
1888 — Jacobs, *Archives de physiologie*, p. 261.
— — Poupinel, *Bulletin de la Société d'anatomie*, p. 224.
— — Richelot, *Bulletin et mém. soc. chir.*, p. 589.
— — Werner Kummel, *Virchow Archives*, p. 407.
1889 — Combes, *Paris*, *Thèse de Doctorat*.
— — Poupinel, *Bulletin de la Société d'anatomie*, p. 466.
— — *Revue de chirurgie*, p. 552-572 656-675.
1890 — Pozzi, *Manuel de Gynécologie*, p. 884.
— — Santoni, *Paris*, *Thèse de Doctorat*.
— — Villebrun, *Montpellier*, *Thèse de Doctorat*.
1891 — Michaux, *Traité de Chirurgie*, t. VIII, p. 326.
1893 — Beaunis et Bouchard, *Anatomie descriptive*, p. 869.
1894 — Testut, *Anatomie descriptive*, t. VIII, p. 1108.
1895 — Villar, *Journal de Médecine de Bordeaux*, 7 avril, p. 162.

EXPLICATION DES PLANCHES

Planche I

Organes génitaux montrant le kyste sortant par la vulve (observation de M. Villar).

Le cas de Lannelongue et Achard étant absolument identique nous ne le reproduirons pas.

Planche II

Coupe histologique d'une paroi kystique d'après Thin.

1. — Epithélium pavimenteux du vagin.
2. — Tissu conjonctif.
3. — Fibres musculaires lisses avec vaisseaux 4.
5. — Tissu conjonctif.
6. — Cellules cylindriques de l'épithélium interne.

Planche III

Coupes du kyste opéré par M. Villar.

Fig. 1. — Objectif 2, oculaire 1, Vérick.

1. — Cellules cornées à la face interne du kyste.
2. — Cellules du corps de Malpighi.
3. — Papilles avec leurs cellules cylindriques.
4. — Tissu myxomateux avec vaisseaux.

Fig. 2. — Objectif 7, oculaire 3, Vérick.

Une papille avec :

1. — Les cellules muqueuses qui l'entourent.
2. — Ses cellules cylindriques.
3. — Eléments du corps de Malpighi avec les pointes de Schultze.

Planche 1.

Planche II

Planche III

Fig. 1
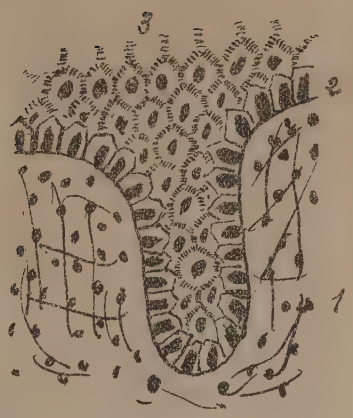
Fig. 2